Überweisungsschein-Ausdruck des Arztes/der Ärztin

mit Kassenarzt-Nummer, die zur Identifikation des Arztes/der Ärztin benötigt wird

Nr. (alphanumerischer Code)

RheinlandPfalz
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung

Zentrum für Kindervorsorge
im Auftrag des Landesamts für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz
Telefax-Nr.: 06841/16-46110

Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie

Untersuchungsbestätigung zu Früherkennungsuntersuchungen
Bitte bis zum 3. Arbeitstag nach Durchführung der jeweiligen Untersuchung absenden!

Vorname, Name, geb. am
Straße Nr.
PLZ Ort

❑ Kind hat teilgenommen an der U … am …….

❑ Kind befindet sich im Untersuchungszeitraum in länger dauernder bzw. ständiger ärztlicher Behandlung. Daher ist die übliche Vorsorgeuntersuchung nicht möglich bzw. sinnvoll. Dieser Umstand wird als Teilnahme an der Untersuchung gewertet.

Datum Unterschrift Arzt/Ärztin

Nur für Untersuchungen außerhalb von Rheinland-Pfalz

Mitteilung an die Ärztinnen und Ärzte:
Wir bitten Sie, die ausgefüllte Untersuchungsbestätigung mit Einwilligungserklärung der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters an das Zentrum für Kindervorsorge zu senden.
Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Einwilligungserklärung der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters
Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt die ausgefüllte Untersuchungsbestätigung an das Zentrum für Kindervorsorge sendet. (Erläuterung im Einladungsschreiben)

(Ort, Datum, Unterschrift)